

## SCHEDA DI ISCRIZIONE AL CORSO DI FORMAZIONE PROFESSIONALE

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

in Via/Piazza \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_, Prov. (\_\_\_\_\_),

Tel. \_\_\_\_\_, Tel. Cellulare \_\_\_\_\_

Cod. Fisc. \_\_\_\_\_

P. IVA \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

### **SI ISCRIVE**

al Corso Master di Formazione in Tecnica Ortodontica tenuto dal sig. Marozzi Graziano presso il laboratorio Or.T.Italia di Via Montello, 27 – 63100 Ascoli Piceno – Tel. 0736.262500., Cell. 347.3722375.

#### **Firma**

\_\_\_\_\_

#### **Quota di Iscrizione**

Quota di iscrizione per Odontotecnici: 3.800,00 euro

#### **Autorizzazione al trattamento dei dati personali**

I dati personali verranno trattati ai fini delle operazioni di segreteria relative all'iscrizione al Corso e per l'erogazione dei servizi connessi (Crediti ECM).

L'autorizzazione al trattamento dei vostri dati è obbligatoria e in sua assenza non sarà possibile procedere con le operazioni di iscrizione.

Al riguardo, sono garantiti i diritti sanciti dall'Art.7 del decreto Legislativo 196/2003. I dati verranno comunicati esclusivamente al Ministero della Salute per l'espletamento della pratica ECM.

#### **Firma**

\_\_\_\_\_

Fatturare a:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**La presente scheda d'iscrizione va inviata via fax al numero: 0736.262500**